

Образец

Министру здравоохранения
Красноярского края

Б.М. Немику

Иванов Николай Иванович
(фамилия, имя, отчество претендента полностью)

01.01.2003

(дата рождения)

0415 123456 ТУ МВН 40
(серия, № паспорта, кем, когда выдан)

г. Красноярск, 01.01.20

Место жительства (пребывания)

г. Красноярск

ул. Железня, 178-245

Контактный телефон

8 908 0772345

Заявление

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

по специальности Лечебное дело, Педиатрия
(Лечебное дело, Педиатрия, Стоматология - указывается одна или несколько специальностей)

По окончании целевого обучения обязуюсь отработать не менее 3-х лет в государственной медицинской организации, подведомственной министерству здравоохранения Красноярского края.

Уведомление о принятом решении прошу направить

по электронной почте: kovalov@mtf.ru
(указать каким способом: по электронной почте или почтовым отправлением)

Приложения (необходимое отметить):

- Согласие на обработку персональных данных
- Копия паспорта претендента
- Копия паспорта законного представителя претендента
- Копия СНИЛС претендента
- Итоговая успеваемость претендента за 10 класс
- Копия аттестата о среднем общем образовании
- Копия диплома о среднем профессиональном (медицинском) образовании
- Характеристика
- Справка из медицинской организации, подтверждающая добровольческую деятельность в объеме не менее 150 часов
- Копия трудовой книжки, заверенная в медицинской организации

25.03.2021

Дата

Иванов

Подпись